

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

199

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN BAUDOIN

Né à Paris. le 2 Mai 1895

AU SUJET

DES

Algies dites Rhumatismales

LEUR RAPPORT AVEC LES INFECTIONS SAISONNIÈRES

Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

281

199

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

308

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N° _____

POUR,

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN BAUDOIN

Né à Paris, le 2 Mai 1895

AU SUJET

DES

Algies dites Rhumatismales

LEUR RAPPORT AVEC LES INFECTIONS SAISONNIÈRES

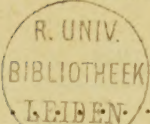
Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BESANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY. Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. : Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. Clinique chirurgicale.	PROUST. Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.	RATHERY. Clinique médicale.
LEREBoullet. . Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.
LÉRI. Clinique médicale.	TERRIEN. Clinique ophtalmologique.
LÉPER. Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MES FRÈRES :

YVES BAUDOIN

SERGEN T AU 5^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

HENRI BAUDOIN

CAPORAL AU 130^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

*Tombés sur les champs de bataille de
l'Aisne et de la Champagne.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE JACQUES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

- M. LE PROFESSEUR HARTMANN. — 1913-1914
M. LE DOCTEUR LEREBoulLET. — 1919-1920
M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU. — 1920
M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE 1920-1921
M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE. — 1921
M. LE DOCTEUR LAUBRY. — 1921
M. LE PROFESSEUR JEANSELME. — 1922
M. LE DOCTEUR BAZY. — 1922
M. LE PROFESSEUR MARFAN. — 1922-1923
M. LE DOCTEUR MARION. — 1923-1924
-

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Qui fut mon premier maître.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage de mon profond respect.

AU DOCTEUR NOËL FIESSINGER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui m'a inspiré cette thèse et prodigué
ses conseils avec bienveillance.*

*En témoignage de ma respectueuse
gratitude.*

Introduction

Dans le domaine de la pathologie, dont la claire éty-mologie marque un choix si judicieux, une part infiniment grande appartient à la douleur.

Déjà immense par son intérêt philosophique et social, elle acquiert en clinique toute sa valeur par sa réalité vivante : alarme précise, dans bien des cas, pour le malade, elle apporte au médecin une aide fréquente par la modalité symptomatique qu'elle représente.

Combien de fois aussi suscite-t-elle au praticien de grandes difficultés, lorsqu'il faut établir une relation, raisonnable et basée sur un minimum de faits observés, entre tel phénomène douloureux et une explication pathogénique satisfaisante !

Que de fois encore contribue-t-elle à égarer le médecin et à inquiéter inutilement le malade par la disproportion fréquente qui existe entre son intensité et la gravité pronostique de sa signification pathologique !

Les algies, étudiées ici, pourront, dans une certaine mesure, en fournir des exemples.

Le docteur Noël Fiessinger a été frappé par une catégorie particulière de malades, chez lesquels l'élément douloureux joue, en apparence du moins, le seul rôle. Ses remarques lui ont permis une conception plus géné-

rale de ces douleurs qui semblent essentielles ; c'est à l'appui de cette hypothèse que ce travail est fait.

Les éléments descriptifs nécessaires nous ont été fournis en majeure partie par des observations, purement cliniques, prises à la consultation de médecine du docteur N. Fiessinger, à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous avons rencontré là, en quelques semaines, un certain nombre de malades atteints de ces algies imprécises : cette fréquence relative est incontestable. Nous avons examiné les caractères présentés par leur douleur : nous avons ensuite orienté notre interrogatoire pour mettre en lumière, auprès de la plupart d'entre eux, certains phénomènes généraux en rapport vraisemblable avec l'algie : phénomènes sans importance pour les malades, de si peu de valeur même qu'ils n'en parlent pas, de telle sorte que l'attention des médecins ne semble guère avoir été attirée sur eux. Leur intérêt médical paraît cependant certain.

Lorsqu'un malade se plaint d'un phénomène douloureux, le médecin qui l'examine est aussitôt tenté de rattacher ce symptôme à d'autres : il le considère comme un fragment d'un tout symptomatique, qui constitue une maladie trouvant sa place dans la nosologie.

Sans doute ce symptôme douleur peut, dans certains cas ne s'accompagner d'aucun autre appréciable, mais ses compagnons apparaîtront à leur heure : la douleur n'aura été que la première en date dans un syndrome dont les éléments de diagnostic étaient alors insuffisants ; le temps les complétera plus ou moins tôt : dès lors l'indétermination cessera.

Au lieu que les douleurs que nous étudions constituent à elles seules toute la maladie, du moins est-ce pour elles seules que le malade consulte : aucun autre trouble organique, hors la gêne motrice possible suivant leur localisation, ne s'associe, ni ne s'associera à elles dans la suite.

Leur évolution est aiguë, de courte durée, aucune complication ne vient s'y mêler ; leur pronostic est bénin et leur guérison spontanée. Elles apparaissent et disparaissent sans laisser la trace de leur passage.

Leur siège, leur étendue, leur intensité, leur genre, tout ce qui peut servir à caractériser une douleur, est essentiellement variable. Cette diffusion même semble être leur apanage.

Leur prédominance dans la saison humide et froide est certaine, en même temps qu'existent des foyers de grippe sporadique.

Le peuple les appelle couramment « douleurs ». Les médecins ont des avis dont la variété trahit l'absence de certitude : le suffixe *algie*, trop généreusement employé, marque cette indécision. De la sorte sont créées des *myalgies*, *arthralgies*, *périarthralgies*, *névralgies*, *dermalgies* même.

Plus souvent encore on incrimine le rhumatisme, sans spécifier quelle en est la nature et sans employer le *salicylate*.

Tout cela est bien vague, et les médecins qui, démocratiquement, adoptent l'expression populaire, ont au moins la franchise de ne pas dissimuler leur ignorance dans la matière.

Pour notre part, tout en conservant, jusqu'à présent,

à ces douleurs leur caractère d'indétermination, nous les qualifierons simplement d' « Algies ». Le choix de ce terme n'est du reste pas indifférent si l'on s'en rapporte à cette appréciation du professeur Sicard (in Neurologie du Traité de pathologie médicale publié sous la direction des docteurs E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix) : « Les termes algie et douleur ne sont pas synonymes. La douleur peut n'être que fugitive, passagère. L'algie implique, au contraire, une tendance à la répétition, à la persistance de la réaction douloureuse. Le terme algie évoque en lui-même, non seulement la perception d'une sensation pénible, mais d'une sensation dont on appréhende le retour. »

En général, et malgré l'intensité à laquelle la douleur peut atteindre, le malade a un sentiment intuitif de la bénignité de sa signification pathologique, comme si la douleur avait de ces complaisances secrètes avec ceux qu'elle possède. Aussi ces cas ne se rencontrent-ils pas en clientèle ; du moins ils ne viennent pas consulter expressément pour cela, sauf dans quelques formes particulièrement douloureuses, gênantes ou prolongées. On ne les voit pas davantage parmi les malades admis dans les salles d'hôpital.

Par contre, la consultation de médecine des hôpitaux les connaît bien et nous avons déjà signalé qu'ils ne correspondaient pas à des cas rares.

Les médecins militaires n'ont pas moins fréquemment affaire avec ces sortes d'algiques, pour lesquels la douleur, invérifiable dans sa subjectivité, est un heureux prétexte, et qui n'est pas toujours vrai, à éviter les cor-

vées et autres petits ennuis de la vie de soldat. Le lumbago, le torticolis, la douleur intercostale, voire même des sciaticques qui ne durent pas quinze jours, heureusement ! ont souvent les honneurs du cahier de visite, en même temps que l'aspirine, le baume tranquille et les pointes de feu.

Le médecin de campagne, enfin, n'ignore pas non plus ces faits : ses clients ont avec lui une certaine familiarité qui les autorise volontiers à solliciter « un conseil sur le bord de la route », ainsi que le docteur N. Fiessinger exprime la chose dans une formule fort juste.

Observations

OBSERVATION I

Mme V..., 42 ans, blanchisseuse. Consultation médecine Saint-Antoine.

19 décembre 1923. — Consulte pour douleur diffuse occupant une surface de la grandeur de la main environ, au niveau et surtout au-dessous de l'omoplate droite, sans irradiations. Sensation de gêne pénible, avec variations spontanées d'intensité, jamais très forte cependant. Dure sans cesse. Réveille rarement. Exagérée au réveil et par les mouvements écartant le bras du corps ou l'en rapprochant, surtout si on s'y oppose.

Palpation, pincement, percussion exagèrent la sensibilité de la région, sans révéler un point douloureux précis, ni dans la région douloureuse, ni à distance, aux extrémités des espaces intercostaux correspondants, ou sur les apophyses épineuses. Aucun trouble de la sensibilité.

Etat général : lassitude rapide, peu d'appétit, langue légèrement saburrale, pas de température. Urines normales.

Douleur apparue brusquement depuis près de 3 semaines alors que les symptômes suivants existaient depuis quelques jours : courbature générale marquée, inappétence, coryza léger. Température non prise. Durée 8 jours avec un peu de repos pour tout traitement.

Avec amélioration état général coïncide accentuation de l'algie.

Celle-ci n'a pas arrêté le travail et a été traitée sans succès par ventouses sèches, frictions calmantes, aspirine.

Bonne santé habituelle.

Traitement par injections loco dolenti. Quinquina. Guérison après 8 jours.

Dans cet intervalle, le mari présente des symptômes généraux analogues à ceux décrits. Sans algie.

OBSERVATION II

M. R..., 43 ans, livreur. Consultation médecine St-Antoine.

21 décembre 1923. — Consulte pour douleurs de la cheville gauche, mal définies : sensation d'engourdissement, de compression, avec des élancements rares. Les mouvements passifs, exécutés lentement, et avec une amplitude moyenne augmentent peu la douleur.

Marche très douloureuse, surtout au lever. Amélioration le soir. Exagération nocturne avec insomnie relative. Ni gonflement, ni chaleur, ni coloration anormale des téguments. Les mouvements, avec résistance, de flexion et d'extension du pied, accentuent l'algie et celle-ci s'étend alors jusqu'à l'origine des muscles, du jambier antérieur en particulier. Aucun craquement articulaire. Le pincement cutané est indifférent. La pression est douloureuse dans l'ensemble, d'avantage sur les trajets tendineux des extenseurs des orteils et dans les régions ligamenteuses.

Bon état général. Urines normales. Pas de fièvre.

Début il y a plus de 15 jours, progressivement. Avait eu auparavant, des douleurs vagues et fugaces dans la région du grand pectoral droit. Aucun accident gonococcique, actuel ou récent.

A eu du salicylate et des liniments sans succès pendant 8 jours. N'a du reste jamais présenté de gonflement, ni de la

fièvre. Aspirine et sinapismes soulagent momentanément, ainsi que pédiluves chauds.

Il y a 3 semaines, sa femme a eu une angine légère avec fièvre, courbature générale et torticolis marqué.

Lui-même est bien portant et n'a jamais eu de rhumatismes.

Pendant 5 jours, quotidiennement, injections hypodermiques devant chaque malléole. Guérison.

OBSERVATION III

Mme B..., 35 ans, infirmière A. P. Consultation médecine Saint-Antoine.

Fin novembre 1923. — Pendant une semaine environ, mauvais état général ; fatigue accentuée sans raison, température légère, anorexie peu marquée.

A la suite, douleurs lombaires marquées, gênant beaucoup le sommeil, plus vives au lever. Aspirine sans résultat. Cessation spontanée en quelques jours.

Le 15 décembre 1923, sa mère arrive de province et loge chez elle. Après 3 ou 4 jours, mal en train, angine légère, douleurs sur les deux bords supérieurs du trapèze, occasionnant une gêne prononcée de la rotation de la tête ; celle-ci exagérant du reste la douleur.

Aspirine ne fait rien.

Le 22 décembre 1923, Mme B... se sent à nouveau fatiguée.

2 jours après, douleurs lombaires analogues aux premières. Cèdent spontanément après 4 jours, sans traitement. L'algie de la mère s'améliore lentement sans traitement ; guérison après 10 jours d'évolution spontanée.

Mme B... a une bonne santé habituelle et est bien réglée.

OBSERVATION IV

M. B..., 43 ans, agent de police. Consultation médecine Saint-Antoine.

22 décembre 1923. — Consulte pour une douleur siégeant au côté gauche de la poitrine sur une étendue très variable. Peu sensible le jour, mais apparaissant chaque nuit avec régularité pendant 3 ou 4 h., de 23 h. à 2 h. ou 3 h. environ.

Intensité très variable, toujours assez vive cependant pour réveiller, souvent très marquée avec phénomènes d'irradiations un peu partout, même à une certaine distance, un peu dans toute l'étendue du dos, mais ne paraissant pas avoir de rapport avec un tronc nerveux défini. La position du malade, lorsqu'il s'endort et lorsqu'il se réveille, est variable et ne semble pas influencer l'apparition de l'algie.

Aucun trouble général, ni viscéral (palpitations, vomissements, gastralgie, dyspnée) concomitant, ni en dehors des accès. Depuis plus de 10 jours le même phénomène douloureux se reproduit fidèlement, sensiblement aux mêmes heures. Si l'accès a été violent il laisse le malade très fatigué. Dans la journée il va bien et spontanément ne sent presque rien.

Palpation, pression forte éveillent sensibilité diffusée, au-dessous et en dehors du mamelon gauche sur une étendue haute de 3 à 4 travers de doigt et allant de la ligne mamelonnaire jusqu'en arrière de la ligne axillaire. Aucun point douloureux précis. Les mouvements d'inspiration forcée et ceux que l'on imprime à l'omoplate gauche au moyen du bras, éveillent une sensibilité vague dans la région douloureuse. Aucun trouble de la sensibilité.

Auscultation et radioscopie pulmonaire normales. Aucune température. Bon appétit. Urines normales.

Traitement habituel par injections hypodermiques. Amélioration lente. Cessation en une dizaine de jours.

OBSERVATION V

(Communiquée par le Docteur N. Fiessinger)

Du 15 au 20 novembre 1923 :

Trois enfants d'une même famille font un catarrhe nasopharyngé avec fièvre, et sans aucune manifestation douloureuse.

Le 26 novembre 1923 :

La mère, en état de santé parfaite, fait une angine de deux jours avec coryza.

Au 3^e jour, torticolis avec douleur sur les fibres et les insertions du trapèze et une douleur très localisée au niveau de l'apophyse de la 7^e cervicale.

Température maxima 37°8.

Durée : 10 jours. Disparition progressive.

Prédominance des douleurs la nuit, atténuation le jour. Pas très sensible au lever. Echec du salicylate. Action très courte de l'aspirine.

OBSERVATION VI

Mme S..., 37 ans, couturière. Consultation médecine Saint-Antoine.

24 décembre 1923 : Consulte pour douleurs lombaires bilatérales, diffuses, très accentuées par les mouvements de flexion ou d'extension du tronc. Empêchent le sommeil. Lever très pénible. Atténuation très nette dans la journée. Pas de points douloureux précis. La palpation en masse, appuyée, soulage.

Fatigue générale. Température 37°7. Urines normales.

Douleurs existent depuis 4 à 5 jours, apparues progressivement.

Repassage avec fer chaud a soulagé quelques heures.

En bonne santé, il y a dix jours, a fait une rhino-pharyngite, a toussé, été fiévreuse et courbaturée. Cela a duré quelques jours. Tousse encore un peu aujourd'hui, avec signes discrets de bronchite disséminée.

Bonne santé habituelle. Pas sujette au lumbago, ni à avoir des douleurs. Traitement par ventouses scarifiées et ventouses sèches. Soulagement assez net. Guérison en huit jours.

OBSERVATION VII

M. A..., 53 ans, chauffeur taxi. Consultation médecine Saint-Antoine.

26 décembre 1923 : Consulte pour douleurs lombaires, diurnes et nocturnes, empêchant partiellement le sommeil (la position allongée est en particulier insupportable). Accentuation marquée le matin aux premiers mouvements. Peu de changement au cours de la journée. Mouvements de la colonne lombaire très pénibles. Douleur massive bilatérale, sans élancements ; sensation de courbature vive. La pression ne révèle aucun point particulièrement douloureux. Pas d'irradiations.

Lassitude marquée ; pas de température, anorexie, langue saburrale. Urines normales.

Apparition assez brusque il y a 15 jours.

Frictions, compresses chaudes sans résultat. Diminution spontanée cependant.

Apparition de l'algie a fait suite à une période de fatigues et de refroidissements successifs qui avaient occasionné un mauvais état général avec courbature générale, un peu de fièvre au début, de la nervosité et de l'anorexie.

Leucocytose : de 8.000 à 9.000 par 1 mmc. Ethylique.

Traitement par injections intramusculaires loco-dolenti. Amélioration rapide. Ne revient plus après 5 jours.

OBSERVATION VIII

Mme R..., 44 ans, ménagère. Consultation médecine Saint-Antoine.

27 décembre 1923 : Consulte pour douleurs diffuses occupant la masse fessière droite et presque tout le quadriceps du même côté. Sensation indéfinissable de froid et de faiblesse, sans élancements. Quelquefois picottements cutanés, surtout à la face externe de la cuisse. Les mouvements, la marche sont pénibles. Un peu de claudication même. Sommeil irrégulier avec sensation d'engourdissement finissant par se dissiper avec la chaleur du lit.

Le pincement cutané manifeste une certaine hyperesthésie. Les masses musculaires sont douloureuses. Aucun signe de sciatique.

Bon état général. Urines normales.

Apparition très lente de l'algie depuis trois semaines. Frictions alcoolisées sans résultat. Il y a 8 jours, atténuation au cours d'une poussée de bronchite, mais accentuation à la suite.

Il y a un mois, le mari a eu une forte courbature générale, les yeux larmoyants, de la fièvre et de la toux. Aucune algie. Durée quelques jours sans traitement.

Le malade a eu, il y a plusieurs années, un torticolis qui dura un certain temps.

Bonne santé habituelle.

Traitement par injections intramusculaires tous les deux jours, loco-dolenti. Résultats lents. Guérison en dix jours.

OBSERVATION IX

(Communiquée par le Docteur N. Fiessinger)

Mme de R..., 46 ans.

Bonne santé antérieure.

Plus réglée depuis six mois. Augmentation de 2 kilos depuis.

Jamais de douleurs, sauf il y a deux ans un lonibago après un effort. Pas de rhumatisme articulaire aigu. Pas de gonorrhée.

Le 26 décembre 1923 : Mal de gorge, coryza, toux ; pas de température.

Le 29 décembre : Un point douloureux iliaque supérieur apparaît, très nettement localisé, avec simplement endolorissement sur toute l'étendue de la jambe droite suivant le trajet du sciatique. Aucun trouble de la sensibilité. Réflexes normaux. Signé de Lasègue esquissé. Pas de boiterie. Insomnie douloureuse.

Le 2 janvier 1924 : Amélioration, mais apparition d'un point douloureux symétrique, sans irradiation. Température 37°6.

Le fils a un catharre naso-pharyngé sans algie.

8 janvier 1924 : Guérison.

OBSERVATION X

(Communiquée par le Dr N. Fiessinger)

Mlle S..., 19 ans, étudiante.

Bien portante. Bien réglée à 14 ans.

Tombe malade *le 28 décembre 1923* : Mal de gorge, coryza, céphalée. Température 38°5.

Le 30 décembre : Apparition de douleurs articulaires au niveau des interlignes des genoux et des coudes, sans collection liquide, sans douleur à la mobilisation.

En même temps apparition d'une éruption érythémateuse à la face antéro-interne des jambes.

La température persiste depuis 5 jours après disparition des douleurs en 2 jours.

Persiste également le catarrhe naso-pharyngé avec toux et bronchite diffuse. Hémoculture le 1^{er} janvier 1924 négative.

Leucocytose : 12.000 par 1 mmc.

OBSERVATION XI

Mme D..., 37 ans, ménagère. Consultation médecine Saint-Antoine.

5 janvier 1924 : Consulte pour une douleur de l'épaule gauche avec prédominance marquée au niveau du deltoïde.

Gêne vive des mouvements d'abduction du bras. Douleur continue, sans caractères descriptifs nets. Prédominance nocturne pénible avec insomnie à peu près complète, obligeant à se relever, à se faire repasser avec un fer chaud. Au lever, véritable raideur articulaire, mais sans aucun craquement. Le deltoïde et les muscles scapulaires sont alors très douloureux.

Atténuation prononcée dans la journée. Diminution de l'algie depuis quelques jours.

❖ Aucun signe objectif, local hors la douleur à la pression des masses musculaires surtout sur le bord externe de l'acromion.

Sensibilité normale.

Apparue progressivement depuis près de trois semaines en même temps que mauvais état général : fièvre le soir, enchytrènement, courbature générale. Durée : plus d'une semaine.

Le salicylate de soude, l'aspirine, le baume tranquille sans résultats. L'air chaud a soulagé un peu.

Actuellement fatiguée, peu d'appétit. Température 37°8. Urines normales.

Dyspeptique. Nerveuse. Assez mal réglée.

Traitement par injections intra-delloïdiennes. Guérison en 4 jours.

OBSERVATION XII

Mlle L..., 29 ans, infirmière A. P. Consultation médecine Saint-Antoine.

Le 3 janvier 1924, en parfaite santé, léger mal de gorge le soir.

Le 4 janvier au réveil : céphalée, courbature générale intense, température $39^{\circ}2$. Douleurs lombaires vives. Dans la journée frissons, le soir $40^{\circ}2$.

Le 5 janvier, courbature moindre, mais angine et température à 40° . Durée jusqu'au 10 janvier avec atténuation progressive des symptômes généraux. A ce moment, apparition au réveil d'une douleur marquée à la nuque au niveau du trapèze, surtout à son bord supérieur. Les mouvements de la colonne cervicale sont très douloureux. Sommeil ordinaire. Durée 4 jours. Aspirine sans résultat.

Bonne santé habituelle.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par le Docteur N. Fie^ssinger)

M. C..., 51 ans.

Ancien paludéen, n'a jamais eu de douleurs auparavant.

1^{er} janvier 1924 : En pleine santé, sans albumine, tension 16-18, rien d'organique, sa femmure fait un frisson. Température 39° . Coryza. Rhino-pharyngite. Trois jours de durée. La température tombe.

6 janvier : M. C..., température 39° . Sensation de courbature, céphalée, sans douleurs articulaires, sans coryza, sans toux, ni aucune manifestation autre.

Diète et repos au lit 3 jours. La température descend.

12 janvier : Apparition très lente d'une douleur du flanc gauche mettant 4 jours à atteindre son maximum.

Purgation sans effet. Urinès normales, sauf un déchet d'acide urique à la période fébrile.

Douleur très accentuée et tenant le malade courbé à gauche, en position verticale. Insomnie ; état saburral de la langue. Pas de température. Bon poulx. Pas d'albumine. Douleur dans le trajet du fémoro-cutané. Point douloureux postérieur.

Douleur dans le pincement de la paroi. Irradiations dans la face externe de la cuisse sans troubles objectifs.

Non calmé par les antinévralgiques.

OBSERVATION XIV

M. G..., 39 ans, gardien de la paix. Consultation médecine Saint-Antoine.

Bonne santé antérieure. Jamais de rhumatismes, ni de douleurs.

Le 12 janvier 1924 : Brusquement, en mettant sa tunique, ressent une douleur à l'épaule droite.

15 janvier : Consulte pour cela. Le sus-épineux et le deltoïde sont particulièrement atteints, douloureux à la palpation forte et dans les mouvements d'abduction et de rotation du bras. Aucun signe objectif. Pas de troubles de la sensibilité. Douleur généralement sourde mais continue. Quelques rares élancements. Irradiation douloureuse sur toute la face externe du bras et augmentation de la douleur si la main du côté malade est trempée dans l'eau froide. Réveils fréquents la nuit. Atténuation au réveil.

Température normale. Bon état général. Leucocytose 6.000 à 7.000 au 1 mmc. Urines normales.

Traitement habituel par injections intramusculaires localisées. Amélioration. Ne revient plus après 6 jours.

OBSERVATION XV

Mlle M..., 27 ans, manutentionnaire. Consultation médecine Saint-Antoine.

17 janvier 1924 : Consulte pour douleur de la région sus-épineuse gauche, donnant la sensation d'une « plaie intérieure », d'une « brûlure profonde ». Assez circonscrite. Très vi-

ve dans les mouvements d'élévation du bras. Atténuation vespérale persistant en général la nuit, mais douleur maxima au lever.

Pression très douloureuse. Aucun trouble de la sensibilité, ni de signes objectifs.

Etat général assez bon. Sensation de fatigue rapide. Température 37°3. Urines normales. Jamais eu de douleurs ni de rhumatisme. Leucocytose 8.000 à 9.000 par 1 mmc.

Apparition progressive il y a trois semaines environ par une sensation de froid, avec lassitude générale extrême et diminution de l'appétit. Aucun signe catarrhal, ni de fièvre appréciable du moins. Continue son travail une douzaine de jours. Douleur augmente. Ouate thermogène, cataplasmes, aspirine, salicylate de soude pendant trois jours. Pas de résultats. Se couche alors une huitaine. Etat général amélioré, mais douleur persiste.

Il y a un mois environ, sa mère et son frère avaient eu des phénomènes généraux avec catarrhe rhino-pharyngé et toux. Le jeune homme avait eu un torticolis marqué 5 à 6 jours.

De plus, vers la même époque, dans son atelier, la fille de son patron, avec laquelle elle se trouvait en contact continu, avait été mal en train et avait toussé quelques jours.

Traitement par injections intramusculaires loco-dolenti. Amélioration lente. Guérison en une dizaine de jours.

OBSERVATION XVI

Mme R..., 33 ans, ménagère. Consultation médecine Saint-Antoine.

20 janvier 1924 : Consulte pour douleur peu étendue sous la pointe de l'omoplate gauche. Peu marquée dans la journée, apparaissant vraiment lorsque la malade est au lit depuis quelque temps. Insomnie presque complète, quoique la douleur ne

soit pas très vive et ne présente pas d'élançements ou autres phénomènes de douleur aiguë.

Gêne des mouvements d'adduction active du bras correspondant. Inspiration profonde sensible. Aucun signe d'auscultation.

Pincement cutané nettement désagréable. Aucun trouble de la sensibilité. Pression forte douloureuse sur la largeur d'une paume de main. Aucun point douloureux précis.

Apparition progressive depuis 8 jours, en parfaite santé.

Bon état général. Température 37°2. Urines normales. Leucocytose 7.000 par 1 mmc. Bonne santé habituelle, très nerveuse.

Traitement par injections intramusculaires loco-dolenti. Amélioration nette. Guérison en 4 jours.

OBSERVATION XVII

M. G..., 22 ans, étudiant.

A eu au début de janvier 1924 un coryza purulent avec toux, fièvre légère, courbature générale. Durée 8 jours au plus.

Vers le déclin, apparition assez rapide d'un point douloureux sous-mammaire gauche, empêchant un sommeil régulier, très pénible le matin au lever, lors des premiers mouvements. Très atténué dans la journée.

Onate thermogène, frictions alcoolisées, aspirine : peu de résultats. Disparition progressive en 5 à 6 jours.

Très bonne santé habituelle. Jamais eu de rhumatisme. Pas sujet à avoir des douleurs.

OBSERVATION XVIII

M. G..., 29 ans, infirmier A. P. Consultation médecine Saint-Antoine.

25 janvier 1924 : Consulte pour douleurs étendues de la région antérieure du thorax, sous les pectoraux, débordant les fausses-côtes dans la région épigastrique, ne dépassant pas en arrière les lignes axillaires.

Douleur vague, plutôt sensation de gêne continue. Aucun trouble de la sensibilité, ni de points douloureux nets. Non influencée par les repas ; trouble le sommeil. Pas excessive au réveil. A peu près constante dans la journée. Douleur maxima dans la contraction active des grands-droits de l'abdomen.

Etat général assez bon. Urines normales. Leucocytose 8.000 à 9.000 au 1 mmc.

Douleur apparue progressivement vers le 16 janvier, à un moment où le malade fut assez fatigué, toussa, eut un peu de fièvre, sans anorexie. Ce mauvais état général ne dura pas une semaine.

Jamais eu de rhumatisme. Quelquefois des douleurs lombaires.

Traitement par injections hypodermiques loco-dolenti.

Pas de résultat net après 5 jours. Guérison spontanée 8 jours après.

OBSERVATION XIX

Mme D..., 55 ans, concierge. Consultation médecine Saint-Antoine.

26 janvier 1924 : Consulte pour douleur siégeant dans la fosse sus-épineuse gauche et irradiant dans tout le bras, plutôt à sa face externe. Douleurs continues, pénibles, réveillant chaque nuit pendant 4 ou 5 heures.

Peu d'atténuation dans la journée, peu d'accentuation au

réveil. Mouvements du bras douloureux et il manque de force. Pression fosse sus-épineuse et épine omoplate douloureuse. Le triceps brachial également. Aucun signe objectif. Pas de troubles de la sensibilité, ni des réflexes.

Etat général peu satisfaisant. Langue saburrale, température 37°4. Urines normales.

Apparition assez brusque de la douleur sus-épineuse le 20 janvier ; irradiation au bras deux jours après.

Aspirine, ventouses n'ont rien fait.

Avait eu au début de janvier un coryza marqué avec fatigue générale, puis toux ; pas de fièvre. Cela dura jusque vers le 15 janvier.

Pas rhumatisante. Assez bonne santé habituelle.

Traitement par injections intramusculaires loco-dolenti. Amélioration lente. Guérison en huit jours.

OBSERVATION XX

M. V..., 42 ans, fumiste. Consultation médecine Saint-Antoine.

29 janvier 1924 : Consulte pour douleur étendue à presque tout le côté gauche du thorax et aux régions deltoïdienne et sus-épineuse du même côté.

Douleur diffuse, vague, sensible un peu partout à la pression sans point maximum précis. Pincement cutané sensible.

Aucun trouble de la sensibilité, ni objectif. Les mouvements du thorax et du bras gauche sont nettement sentis. Les inspirations profondes n'amènent aucun changement. Auscultation normale. Insomnie partielle. Gêne maxima le matin au lever.

Existe depuis deux jours, avec lassitude générale, sans fièvre, reliquat d'un mauvais état général remontant à quelques jours : courbature générale, toux, rhino-pharyngite, un peu de température.

Actuellement urines normales. Très bonne santé habituelle.

Traitement par injections sous-cutanées loco-dolenti. Amélioration nette, guérison en 4 jours.

OBSERVATION XXI

Mme S..., 52 ans, ambulancière. Consultation médecine Saint-Antoine.

29 janvier 1924 : Consulte pour douleurs diffuses de la région interscapulo-vertébrale gauche, accentuée par les mouvements écartant l'omoplate du thorax. Pas d'insomnie. Le matin au lever, sensation d'engourdissement pénible.

Pression profonde, pincement cutané sensible. Pression du bord spinal de l'omoplate douloureux, tandis que les apophyses épineuses correspondantes ne le sont pas. Pas de troubles objectifs, ni de la sensibilité. Auscultation ne révèle rien.

Etat général bon. Urines normales. Ménopause il y a 4 ans. Pas de température.

Apparition - progressive il y a 5 jours; mais 3 ou 4 jours auparavant terminaison d'un état de courbature fébrile ayant débuté par une angine qui dura 5 à 6 jours.

Jamais eu de rhumatismes. Autrefois des douleurs de reins, mais au moment de ses époques ou lorsqu'elle se fatigue plus que de coutume.

Guérison sans traitement spécial en 5 jours.

OBSERVATION XXII

M. D..., 49 ans, journalier. Consultation médecine Saint-Antoine.

30 janvier 1924 : Se plaint de douleurs de la nuque remontant jusqu'au milieu de la tête et occupant toute la région

cervicale postérieure. Attitude figée. Mobilisation de la tête très pénible. Pas d'insomnie continue. Au lever, les mouvements de la tête pour la toilette sont extrêmement douloureux. Points douloureux sur les apophyses épineuses cervicales et l'occiput. Les bords supérieurs du trapèze sont très sensibles si on les pince. Aucun signe objectif. Pas de troubles de la sensibilité.

Etat général médiocre. Température 37°8. Urines normales. Langue légèrement saburrale.

La douleur existe depuis deux jours. Quatre jours auparavant avait terminé une bronchite légère, s'étant accompagnée de courbature générale, coryza, température subfébrile.

Bonne santé habituelle. Buveur.

Traitement pendant 4 jours par injections loco-dolenti. Ne revient plus après.

OBSERVATION XXIII

M. M..., 45 ans, employé de bureau. Consultation médecine Saint-Antoine.

5 février 1924 : Consulte pour douleur occupant toute la face antérieure de la cuisse gauche et débordant de chaque côté sur les faces interne et externe. Douleur continue, diffuse, empêchant le sommeil en grande partie, occasionne à la marche une claudication marquée surtout au moment du lever. Atténuation progressive au cours de la journée.

Pincement cutané sensible. Pas de points douloureux précis. La masse du quadriceps et sa contraction sont douloureuses dans l'ensemble du muscle.

Pas de signes objectifs. Aucun trouble de la sensibilité.

Etat général assez bon. Pas de température. Urines normales. Langue saburrale, sans anorexie.

Cette algie existe depuis une quinzaine de jours et se montra progressivement à la déclinaison d'une bronchite légère qui avait duré une semaine, ayant débuté par de la céphalée, un peu de fièvre, des sueurs, de la courbature générale. Sans traitement.

La douleur fut traitée sans résultats, avec du baume Bengué, du baume de Fioravanti, de l'aspirine. Le salicylate de soude employé les 3 derniers jours n'a amené aucune amélioration.

Bonne santé habituelle.

Traitement par injections intra-musculaires dans le quadriceps. Amélioration rapide.

Commentaire général et Analyse des Observations

LEUR DIVISION MATURELLE EN TROIS GROUPES

La lecture des observations montre nettement, chez la plupart des malades, deux ordres de faits bien distincts :

D'une part un fait particulier prépondérant : l'algie.

D'autre part un fait d'apparence secondaire : des phénomènes généraux.

L'un et l'autre seront décrits avec détail plus loin. Dès à présent, établissons les rapports généraux qu'ils affectent entre eux : cela conduit logiquement à partager les malades en trois catégories.

I. Le malade lui-même a présenté des phénomènes généraux, à un moment proche de l'apparition de son algie. Ce cas répond aux plus nombreuses observations. Les personnes de la famille du malade, ou du moins celles qui partagent sa vie avec une certaine intimité, ont souvent eu elles-mêmes, dans les mêmes moments, des phénomènes généraux semblables; avec ou sans algies. Elles ont pu aussi ne présenter que des algies.

II. Le malade n'a pas eu lui-même une atteinte générale de son organisme, mais cela s'est produit parmi les

personnes qui vivent avec lui, chez lui, à une époque voisine du début de son algie. Ces phénomènes généraux ont pu également s'accompagner d'algies analogues.

III. Le malade, ni les personnes qui partagent sa demeure n'ont présenté de phénomènes généraux appréciables.

C'est un algique pur, « essentiel », pourrait-on dire. Il correspond aux cas les moins nombreux, d'autant que l'on doit être mis en garde vis-à-vis des névropathes et de ces pseudo-malades qui utilisent pour quelque profit personnel la parfaite impossibilité de vérification objective de leur symptôme.

Les militaires en fournissent des exemples trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage.

La consultation d'hôpital n'est pas non plus à l'abri de la simulation.

Quelques exemples nous en ont été donnés :

Un étranger invoque le prétexte d'un point de côté soi-disant pleurétique pour tenter d'être admis à l'hôpital.

Une femme consulte pour des douleurs du pied particulièrement vagues, afin d'obtenir un bain sulfureux.

Une autre se sert d'un motif analogue pour pouvoir accompagner jusqu'auprès du médecin une personne qui la touche de près.

Un employé essaie d'obtenir un certificat de repos justifié, donc payé.

L'existence de ces algiques essentiels, si elle est diminuée par ces faux cas non exceptionnels, est cependant un fait incontestable : Nous en avons rencontrés d'absolument dignes de foi et qui souffraient très réellement.

La description de leur algie correspondait parfaitement à celle que nous donnons maintenant.

CARACTÈRES DE L'ALGIE

Son mode d'apparition est variable : le plus souvent insidieuse et progressive, elle est quelquefois plus ou moins brusque : c'est alors une surprise désagréable, le matin au réveil, dans les cas les plus nombreux ; ou bien un réveil pénible en pleine nuit ; plus rarement, c'est un mouvement intempestif, un traumatisme léger qui révèlent cette douleur dans la journée.

Indifférente au choix de sa victime, l'algie frappe tous les âges, les hommes aussi volontiers que les femmes, et quel que soit leur tempérament ; les différentes races, les classes les plus extrêmes de la société sont affectées avec une égale impartialité.

De plus, tous ces algiques se ressemblent par la commune imprécision avec laquelle ils apprécient la variété, la qualité de leur douleur.

Quelques-uns parlent de brûlure, de sensation de plaie, d'autres ressentent des picotemens vifs.

La plupart demeurent dans le vague : cela leur fait mal et voilà tout ! C'est comme s'il s'agissait d'une courbature localisée et accentuée.

La mesure de la douleur dans son intensité offre plus de précision : suivant les individus, on observe les degrés les plus divers, dans lesquels la sensibilité individuelle n'est évidemment pas hors de cause.

Il peut s'agir simplement d'une gêne prononcée ou

bien au contraire d'une sensation vraiment pénible, pouvant même se traduire sur la figure du patient par des contractions involontaires, par une expression particulière de fatigue.

La douleur existe en général d'une façon incessante, mais son acuité varie au cours de la journée, d'une façon progressive, rarement sous forme d'élancements brusques ainsi que cela se voit dans les névralgies. Au matin, l'heure du lever est un moment le plus souvent très douloureux, le plus redouté du malade : les premiers mouvements imprimés à la région sensible sont très vivement ressentis. La journée voit d'ordinaire la douleur s'atténuer lentement pour devenir supportable dans la soirée et au moment de se coucher. L'accalmie ne durera guère le plus souvent : après quelques heures de sommeil, si le malade a pu s'endormir, la douleur le réveillera et elle offrira même un caractère d'intensité remarquable : le docteur N. Fiessinger nous signalait le cas d'un malheureux qui s'était levé pour appuyer le long de son radiateur son épaule endolorie. Cette période d'exacerbation nocturne, entraînant une insomnie plus ou moins marquée, manque rarement. Dans ce cas, la douleur peut alors présenter une phase d'exagération à la fin de la journée.

L'examen objectif ne donne que peu de renseignements : localement ou à distance, pas de troubles vasomoteurs, sécrétoires ou sensoriels, pas de gonflement ; aucune modification générale non plus : réflexes normaux, pas de troubles trophiques, urines normales, etc.

On constate seulement la gêne fonctionnelle créée par

la douleur, variable suivant la région atteinte et une sensibilité plus marquée soit à la palpation, soit à la suite d'un effort, même léger, distant de la zone douloureuse, tel que la toux, le rire, un baillement violent.

Le siège de la douleur varie d'un individu à l'autre, mais dans aucun cas il ne s'agit de la traduction d'une souffrance ou d'une lésion d'un viscère.

Les membres, en dehors de leur squelette et de leurs parties intra-articulaires, le cou, le tronc surtout, au niveau de ses parois, sont le plus souvent atteints.

L'algie, spontanée et provoquée, occupe toujours une certaine étendue ; nous voulons dire par là qu'elle n'est jamais punctiforme ni linéaire, elle se développe toujours en surface.

Il est difficile de localiser le plan anatomique particulièrement atteint : le pincement de la peau est quelquefois sensible, la pression profonde l'est davantage, sans qu'il soit possible de déterminer en général un point nettement douloureux. C'est une douleur en masse, uniforme, et on ne saurait attribuer la part qui revient exactement aux filets nerveux cutanés, aux aponévroses, aux tissus fibreux périarticulaires. Les articulations elles-mêmes semblent indemnes. Les muscles, au contraire, paraissent nettement affectés dans la plupart des cas ; nous pensons même qu'ils sont les plus atteints, sinon les seuls, avec réaction de voisinage à la peau et aux tissus sous-jacents qui peuvent être périarticulaires, si l'algie intéresse une région articulaire. Ainsi les mouvements actifs provoquent aussitôt une douleur nette du muscle correspondant à la région douloureuse, tandis

que les mouvements passifs sont beaucoup moins sensibles et seulement lorsqu'ils atteignent une certaine amplitude.

Le malade évite du reste lui-même les mouvements et s'immobilise dans la position du repos musculaire le plus convenable pour la région affectée. Le pincement de la masse musculaire, la pression des insertions sont le plus souvent vivement perçus. Un certain nombre de muscles sont frappés avec élection : ceux de la région scapulaire, le deltoïde et le sus-épineux surtout, le trapèze par son bord supérieur, le grand dorsal, le grand dentelé, la masse sacro-lombaire, le quadriceps fémoral.

Dans aucun cas nous n'avons remarqué que le phénomène douloureux émigre vers une autre partie de l'individu, simultanément à la douleur initiale (ainsi que cela se voit pour le rhumatisme articulaire aigu). Celle-ci meurt où elle est née. Il est même très rare qu'une autre lui succède soit à la même place, soit ailleurs. Elle disparaît par atténuation progressive.

La durée du processus douloureux est en moyenne de huit à quinze jours, il atteint rarement un mois, évoluant sans aucune complication vers la guérison spontanée, si aucun traitement n'est mis en œuvre.

CARACTÈRES DES PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

Thomas Sydenham a écrit dans la préface de sa Médecine pratique : « Enfin on doit remarquer soigneusement les saisons qui favorisent le plus chaque genre de maladie..... »

« Je tiens pour certain que la connaissance des saisons qui produisent les maladies sert beaucoup au médecin, tant pour distinguer l'espèce de la maladie que pour la guérir, et que faute de cette connaissance il réussit mal dans ces deux points. »

Il est ainsi remarquable que les algiques, étudiés ici, soient plus particulièrement frappés en hiver lorsque le froid et l'humidité s'associent pour faire éclore avec fréquence ces affections endémiques qui constituent cliniquement les catarrhes saisonniers, auxquels on attribue la valeur de gripes sporadiques pour les distinguer d'une façon très arbitraire de la grippe épidémique vraie.

Le docteur Noël Fiessinger pensa que cette coïncidence pouvait être l'expression d'une relation plus étroite et il remarqua, en effet, que nombre de ces algiques présentaient de ces phénomènes d'allure catarrhale et infectieuse, soit simultanément avec leurs douleurs, soit plus souvent dans les jours précédents.

Il nous pria d'orienter notre enquête dans ce sens ; nous n'avons eu qu'à vérifier l'exactitude de ses constatations.

Toujours le malade consulte pour son algie, il ne se plaint de rien d'autre et, de fait, son examen ne révèle le plus souvent nulle autre chose ; les jours suivants non plus n'apportent aucun fait nouveau qui puisse faire penser que cette algie soit symptomatique de quelque affection plus ou moins latente.

Si maintenant on interroge le malade sur son état général dans les jours précédents, dans les moments où débuta son algie (il faut quelquefois remonter à plus

d'une semaine), très fréquemment il se rappellera avoir été mal en train : légèrement fiévreux parfois, sans appétit pendant quelques jours, courbaturé ; cela ne l'a nullement inquiété et il a même rarement cessé son travail ou sa vie accoutumée.

Quelques jours après la terminaison de ces phénomènes généraux ou bien au moment où ils rétrocédaient, la douleur a fait son apparition soit brusquement, soit progressivement. Quelquefois son début remonte à celui des symptômes généraux et en général elle a subi une recrudescence nette au moment où ceux-ci cessaient, comme si tous les éléments morbides d'une affection unique se donnaient rendez-vous en une région localisée de l'organisme.

D'autres fois l'état général aura été touché d'une façon encore moins évidente ; il y aura eu un catarrhe rhinopharyngé ou bronchique variable, de l'embarras gastrique, parfois une angine véritable, mais cela aura toujours coïncidé plus ou moins avec le début de l'algie qui intrigue le malade, tandis que les phénomènes catarrhaux ou infectieux, qu'il a pu présenter, lui ont semblé normaux, étant données leur grande fréquence saisonnière et leur bénignité régulière.

Lorsque le malade se présente au médecin, ces symptômes généraux ont le plus souvent cessé. Dans quelques cas cependant on constate une bronchite légère, un peu de coryza ou de rhino-pharyngite, une discrète élévation thermique, de l'anorexie, une langue saburrale, de la lassitude générale ; toutes choses peu marquées, échappant facilement à un examen non approfondi.

Pour un médecin non averti elles ne sembleraient pas avoir de rapport avec l'algie, étant donnée la rareté relative des cas où le malade les présente au moment où il est examiné, et ce fait qu'il n'en parle pas lui-même.

Lorsque l'algique en personne n'a présenté aucun symptôme général de cet ordre, nous avons vu que le plus souvent on en rencontrait des exemples dans son entourage immédiat, dans les moments mêmes où il souffrait ou à une époque très voisine. Il est inutile que nous revenions sur ces faits, nous y avons suffisamment insisté, ainsi que sur les algiques essentiels.

Retenons simplement l'aspect infectieux de ces phénomènes généraux, leur coïncidence fréquente avec les algies et leur analogie remarquable avec les caractères décrits à la grippe sporadique, affection contagieuse.

Quelques Faits dont le Rapprochement avec ceux que nous étudions est justifié

Le sujet de cette thèse n'a pas été traité ailleurs dans le sens où nous l'envisageons : nous n'en avons du moins pas trouvé d'exemples. Aussi un chapitre consacré spécialement à l'historique n'aurait pas sa place ici.

Nous pouvons seulement rapprocher quelques faits qui, par l'analogie de leurs descriptions, ressemblent à ceux que nous avons présentés ; certains autres méritent d'être signalés pour le doute que leurs auteurs conçoivent sur leur nature exacte, tandis que leurs caractères sont comparables à ceux des algies que nous considérons.

Nous allons citer quelques textes, sans les commenter chacun en particulier : leur présentation simultanée suffira à montrer les quelques affections, qui ont pu être confondues avec celles dont nous traitons, sans que nous puissions affirmer qu'elles leurs correspondent réellement.

Dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1884), Ernest Bénier a fait un article très complet sur le rhumatisme. A propos du rhumatisme musculaire, nous extrayons ces phrases :

« Que l'élément musculaire proprement dit ne soit pas toujours seul ou même essentiellement atteint, cela est

parfaitement certain, et il est loin d'être aisé de discerner d'une manière précise si les aponévroses, les gâines des tendons, les filets, les branches ou les troncs nerveux sont plus ou moins intéressés ; qu'il soit d'autre part possible de confondre une myopathie rhumatismale avec quelque autre affection musculaire de cause interne ou externe, on ne saurait le méconnaître...

« C'est donc avec raison que l'on rapporte aujourd'hui au rhumatisme musculaire une série de manifestations morbides qui se rattachent à un état manifeste de rhumatisme ou qui ne se rapportent à aucune autre cause appréciable, qui ont pour siège, évident ou supposé, les divers éléments des muscles considérés dans leur ensemble, pour caractère essentiel une douleur produite, rappelée, aggravée ou exaspérée par la mise en jeu volontaire ou involontaire du mouvement fonctionnel... »

« ...Accompagne à peu près constamment, à un degré variable, le rhumatisme articulaire aigu ou chronique ; on l'observe plus souvent encore en dehors de toute localisation articulaire actuelle. »

« L'affection rhumatismale musculaire est souvent assez peu intense, ou assez peu grave pour que les malades ne réclament pas leur entrée à l'hôpital ou pour que l'admission ne leur soit pas accordée ; mais le traitement externe des hôpitaux est dispensé à un très grand nombre de malades et il serait impossible de chiffrer... le nombre colossal de ventouses scarifiées, de bains et de douches de vapeur qui sont prodigués aux rhumatisants musculaires... »

« Comme dans toutes les manifestations du rhumatis-

me, la douleur occupe le premier rang dans les phénomènes morbides, c'est elle que le malade accuse presque seule ; c'est elle qui constitue pour lui la maladie tout entière, celle qui entraîne dans le peuple la désignation commune du mal « les douleurs ».

« Le rhumatisme musculaire est généralement apyrétique, même dans les cas où la douleur est intense... »

« On peut observer une véritable fièvre éphémère, courbature rhumatismale fébrile, qui cède quelquefois ou n'est au contraire que le premier acte d'un rhumatisme pharyngé, d'une bronchite... »

« Plus souvent que pour les articulations, le rhumatisme ne frappe, surtout à l'état aigu, qu'un muscle ou un groupe musculaire déterminé, le sterno-cléido-mastoïdien, le deltoïde, les masses sacro-lombaires... »

« De courte durée, de terminaison favorable dans tous les cas de rhumatisme musculaire aigu vrai... »

« La terminaison est toujours la résolution et la guérison locale complète... »

La citation est longue, mais tellement suggestive si on la compare aux algies que nous étudions.

Trousseau, dans ses Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, est beaucoup moins affirmatif sur la nature réelle du rhumatisme musculaire. Dans un article sur les névralgies il parle « ...d'une autre affection que nous décorons aussi du nom de rhumatisme, et qui occupe les articulations, les muscles, la continuité des membres, ne déterminant presque jamais d'épanchements articulaires et n'étant jamais suivie de désordres du côté des membranes séreuses et du cœur... »

Le docteur Enriquez, dans le traité de médecine qu'il a fait en collaboration avec les docteurs Bergé, Lafitte et Lamy (édition 1909), dans le chapitre sur le rhumatisme articulaire aigu, émet encore plus de doutes sur le rhumatisme musculaire :

« Sous ce terme on a longtemps compris toutes les douleurs localisées à un muscle ou à un groupe musculaire dont la nature n'apparaissait pas d'une façon évidente. Nous savons maintenant qu'il y a là, comme pour la pleurésie, comme pour l'angine, un abus de langage. Les douleurs musculaires, le torticolis, le lumbago, qu'on considérerait comme de nature rhumatismale, doivent être rattachées à leur véritable cause, qui est le plus souvent soit une myosite traumatique, soit une lésion de voisinage ; arthrite traumatique ou infectieuse.

Certains sujets sont prédisposés à des douleurs musculaires comme d'autres à des arthralgies ou à des névralgies à l'occasion de diverses causes, du froid surtout. Ces douleurs passagères n'ont aucun lien de parenté avec le rhumatisme articulaire aigu ; leur pathogénie est encore obscure et on les considère comme un des attributs des arthritiques. Par contre, le rhumatisme musculaire vrai, celui qui est d'origine rhumatismale indiscutable, semble extrêmement rare. »

Les auteurs les plus récents ne parlent guère du rhumatisme musculaire. Une certaine imprécision semble du reste avoir toujours accompagné cette affection, si l'on en juge par la difficulté que présentait son diagnostic avec les névralgies.

Ernest Bénier, dans l'article précédemment cité, dit

que : « Cette difficulté que l'on rencontre de séparer certaines formes de rhumatisme musculaire des névralgies proprement dites a été mise très nettement en saillie par un travail déjà ancien de C. Sancerotte, en 1827... »

Valleix, dans son traité des névralgies, en 1841, signale le même fait :

« De toutes les maladies, le rhumatisme musculaire est celle qui a le plus d'analogie avec la névralgie. C'est en effet une affection purement douloureuse, ayant un siège plus ou moins superficiel et donnant lieu à des exacerbations... »

Cette confusion facile du rhumatisme musculaire avec les névralgies nous conduit naturellement à rechercher ce que celles-ci peuvent avoir elles-mêmes d'imprécis.

Dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1878), L. Lereboullet écrit au sujet des névralgies : « ...Il est encore impossible aujourd'hui de donner de la névralgie une définition rigoureusement scientifique. »

« Il nous semble dès lors que plus la science fera de progrès, plus restreint sera le champ des affections encore aujourd'hui désignées sous le terme générique de névralgies. »

De nos jours, le professeur Sicard écrit, dans le Traité de pathologie médicale publié sous la direction des docteurs E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, dans un chapitre consacré aux algies :

« La névralgie « essentielle », par définition même, est celle qui ne reconnaît aucune étiologie précise. Les termes d'algie rhumatismale, goutteuse, diathésique, neuro-

arthritique ne servent qu'à masquer notre ignorance étiologique. L'algie essentielle a des caractères principaux négatifs... son pronostic est favorable. »

La citation de ces différents textes laisse voir quelle imprécision a régné et règne encore touchant le rhumatisme musculaire et les névralgies. Ces deux affections, parmi d'autres peut-être, ont dû être confondues avec les algies que nous étudions, auxquelles, avec franchise, le docteur Noël Fiessinger reconnaît seulement un caractère de grande imprécision, sans vouloir absolument les rattacher à telle affection douloureuse connue, ou au moins décrite.

La confusion avec ces deux affections persiste sans doute actuellement parmi les médecins encore convaincus de la fréquence du rhumatisme musculaire aigu, isolé (et qui ne le traitent cependant pas par le salicylate), ou qui qualifient trop facilement de névralgies, voire de névralgies rhumatismales, des phénomènes douloureux qui n'offrent pas le minimum de caractères précis nécessaires pour faire semblable diagnostic.

Nous nous étions demandé si la grippe, affection dont les symptômes généraux ressemblent à ceux que nous avons signalés, affection douloureuse d'autre part avec ses phénomènes de courbature si prononcés, ne pourrait nous fournir la description d'algies semblables à celles étudiées ici. Il n'en est rien : tandis que dans notre cas les phénomènes douloureux occupent très nettement le premier plan, alors que les phénomènes généraux se cachent dans un brouillard où il faut les chercher soigneusement, les faits observés dans la grippe sont exactement

inverses : les algies sont à peine esquissées ou même pas du tout ; elles demeurent comme des faits tout à fait secondaires, qui s'effacent devant l'importance des phénomènes généraux. Elles ne correspondent du reste pas exactement aux nôtres.

Dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1884), Brochin écrit au sujet de la grippe :

« Les malades éprouvent des douleurs lombaires, quelquefois de véritables douleurs arthralgiques, simulant le rhumatisme, et des névralgies... »

Ce n'est pas caractéristique.

Dans le Nouveau traité de médecine, actuellement publié sous la direction des professeurs Widal, Teissier et Roger, les docteurs Ménétrier et Stévenin s'expriment sur le même sujet avec un peu plus de netteté :

« Il se plaint de phénomènes douloureux en divers points du corps, particulièrement à la région lombaire, mais aussi au thorax, dans les membres. Ces algies, mobiles, n'offrent pas les points douloureux caractéristiques des névralgies... »

« Nous avons noté plus haut le caractère diffus et assez mobile des algies grippales. On peut observer, en outre, des névralgies... on peut observer des phénomènes spasmodiques : torticolis..... »

Il ne semble pas que l'on puisse assimiler ces algies, telles qu'elles sont décrites du moins, à celles qui nous intéressent.

Une mention spéciale doit être faite à un article paru tout récemment dans la *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 2, 1924, alors que notre thèse était déjà en

train. Il est du professeur Félix Franke et est intitulé : « Ueber Périarthritis scapulo-humeralis ». Il s'agit de l'affection décrite par Duplay dans le n° 25 de la Semaine Médicale de 1896. Ses caractères cliniques la rapprochent beaucoup des algies que nous étudions : douleur constituant toute la maladie au début, apparition progressive le plus souvent, quelquefois brusque, crainte des moindres mouvements, prédominance nocturne fréquente, cessation quelquefois en peu de jours, pas de signes objectifs nets. Franke estime qu'à la phase aiguë succède souvent une phase subaiguë qui peut être longue, devenir même chronique avec réveils de courte durée, à l'occasion du froid par exemple. Dans la période subaiguë, les mouvements d'élévation du bras et sa rotation sur son axe sont particulièrement limités. Franke note l'existence de points douloureux assez fréquents à la pression de l'apophyse coracoïde et sur le trajet des filets nerveux cutanés, du brachial cutané interne surtout : le plexus brachial serait aussi particulièrement sensible. Ces points douloureux seraient encore perceptibles après plusieurs années, dans quelques cas. Mais, tandis que Duplay rattachait cette affection à une inflammation, consécutive à un traumatisme, des bourses séreuses sous-acromiale et sous-coracoïdienne, Franke en fait une complication de la grippe seule ou d'une infection paragrippale, pouvant dans quelques cas coïncider avec un traumatisme.

Le plexus brachial participerait aux lésions. Il décrit du reste des douleurs qui traversent le bras comme un éclair.

L'analogie clinique avec nos algies est marquée : ce-

pendant Franke note une certaine tendance à la chronicité, il constate des phénomènes d'ordre névralgique. Ne peut-il s'agir d'une forme prolongée et aggravée de nos algies ? Nous n'en avons pas l'expérience.

**Quelques Algies pouvant exister isolément
au cours de certaines Maladies
et qu'il convient de distinguer de celles
que nous étudions**

Nous ne prétendons pas isoler une maladie nouvelle et ce n'est pas un véritable chapitre, consacré au « diagnostic » d'une affection bien classée et définie, que nous abordons à présent. Nous voulons nous borner à distinguer parmi les affections aiguës ou chroniques, celles où la douleur peut être prédominante, d'une façon particulièrement frappante, dans des régions correspondant à celles occupées par les algies qui nous intéressent.

Au premier chef, l'affection douloureuse par excellence : le rhumatisme articulaire aigu. Pas dans sa forme classique avec fièvre élevée, gonflement douloureux de plusieurs articles, etc. ! Mais dans ses formes subaiguës, larvées, avec douleur localisée à une seule articulation, sans gonflement : sa prédominance nocturne, sa localisation aux parties fibreuses de la jointure, ainsi que Lasègue l'a démontré, l'élévation discrète de la température, peuvent créer l'erreur.

La chose nous est arrivée pour une algie de la région scapulaire avec prédominance nette au niveau du deltoï-

de, sans aucun gonflement. Notre erreur n'a duré que deux jours, après échec du traitement local habituel, persistance d'un état général peu satisfaisant et surtout devant l'atteinte d'un genou et le jugement radical du salicylate.

A vrai dire, c'est l'erreur inverse qui est la règle et c'est contre elle que nous voulons mettre en garde. Sous le terme générique de rhumatisme on désigne, en effet, trop souvent toutes les affections douloureuses des articulations ou de leur voisinage immédiat, voire d'une région plus éloignée, ainsi que nous l'avons vu pour le rhumatisme musculaire. Contre cette fâcheuse inclination, Bouillaud avait déjà écrit : « L'arthropathie n'est pas plus le rhumatisme que le point de côté n'est la pleurésie. »

Pourquoi, en effet, qualifier de rhumatismale une affection parce qu'elle s'accompagne de douleur et qu'elle n'occupe même pas toujours une région articulaire ? Alors que le salicylate n'a aucune action sur elle et qu'elle ne s'accompagne jamais d'aucune complication viscérale, endocardique en particulier ? — Il n'y a pas qu'un abus de langage !

Chez les enfants, le rhumatisme musculaire aigu localisé existe et réagit nettement au salicylate. Ce caractère suffit à le différencier des algies qui nous intéressent.

Les névralgies, dans leurs formes atypiques, celles qui sont dites rhumatismales en particulier, peuvent également ressembler fort aux douleurs que nous envisageons.

Pourquoi, aussi, vouloir faire d'une névralgie d'un phénomène douloureux, parce qu'il est particulièrement

imprécis et qu'on n'a pas voulu en faire du rhumatisme ou autre chose ?

Où commence la névralgie et où finit-elle ? Nous avons cité précédemment des opinions autorisées au sujet de cette imprécision. Valleix avait adopté cette définition de la névralgie : « Douleur plus ou moins violente, ayant son siège sur le trajet d'un nerf, disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse. » Si on en vérifiait toujours soigneusement les éléments, il y aurait certainement beaucoup moins de névralgies et davantage d'algies non caractérisées, semblables à celles que nous étudions. Nous nous demandons du reste si certaines névralgies ne pourraient être l'expression aggravée de quelques algies prolongées, et qui étaient primitivement du type de celles que nous étudions ?

D'autres affections aiguës douloureuses sont à signaler au moins : des myosites traumatiques, des efforts musculaires, avec ou sans déchirure, certaines arthrites au début, caractérisées surtout par des phénomènes de périarthrite.

Leur évolution, leur étiologie ne sauraient entretenir longtemps l'erreur.

Parmi les maladies chroniques, la goutte, dans ses formes névralgique et musculaire, peut être assez peu nette pour avoir été appelée parfois « goutte vague ».

Ses algies offrent cependant des caractères de ténacité, de répétition, de chronicité en un mot, qui suffisent à les

distinguer de l'affection aiguë qui nous intéresse, qui peut parfaitement n'exister qu'une fois dans la vie et ne durera que quelques semaines au plus.

La confusion serait seulement possible au cours d'une première crise aiguë douloureuse, du type décrit par les docteurs G. Mouriquand et Blanc-Perduet, dans le *Traité de pathologie médicale* publié sous la direction des docteurs E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. A l'article Goutte, ils écrivent :

« La goutte est capable d'engendrer des sensations de gêne ou de douleurs thoraciques qui sont d'origine musculaire ou nerveuse... »

« Lorsqu'il s'agit d'une crise aiguë de myalgie, elle peut siéger dans les muscles de la nuque (torticolis postérieur), dans les muscles des lombes (lombago, tour de rein), dans ceux du mollet (coup de fouet)... »

« Il y aura plus de chance qu'il s'agisse d'une localisation musculaire si la douleur survient chez des héritiers gouteux portant leur tare sans réagir. Leur goutte, asthénique d'emblée, siège d'emblée dans les muscles. Gros, obèses, apathiques, ayant l'horreur du mouvement, vieux avant l'âge, ils offrent des accidents musculaires douloureux, précoces. On les dit atteints de rhumatisme sans que jamais leurs jointures aient été sensibles. Le salicylate ne les soulage pas... »

L'examen consciencieux d'un algique devra donc tenir compte de son habitus extérieur, de ses antécédents ; on s'informera de la possibilité de douleurs fréquentes, de migraines, de troubles dyspeptiques. On verra si les urines ne sont pas rougeâtres, chargées d'urates.

Une affection voisine, le rhumatisme vague, décrit par Lévillé, est caractérisée par des douleurs souvent intenses, qui vont et viennent d'un point à un autre et s'accompagnent parfois de névralgies et de courbatures musculaires. Leur répétition suffit à marquer leur différence avec nos algies.

Une question vient à l'esprit. Ces algies de la goutte, du rhumatisme ne sont-elles pas, dans certains cas, aussi indéterminées que celles qui font l'objet de ce travail ?

Elles en sont différentes, c'est certain ! Mais n'y aurait-il pas lieu d'étudier sous le titre général de « Douleurs », un ensemble plus vaste que celui que nous embrassons, qui comprendrait sans doute bon nombre d'algies chroniques ? — Lorsque l'on entend parler de « douleurs », de « rhumatisant », on a toujours l'impression de quelque chose de mal défini, qui englobe toute une série de phénomènes différents, dont la pathogénie est fort lointaine. On décrit également des algies bien imprécises, chez les diabétiques, les artério-scléreux !

Il ne suffit pas d'avoir été touché par la goutte ou par le rhumatisme pour que, systématiquement, on leur attribue tous les phénomènes douloureux imprécis qui peuvent se présenter. Une chronique de ce genre est aussi en droit d'avoir, comme tout le monde, une algie aiguë, sans que son état général en soit nécessairement responsable. Il a bien assez de traîner avec lui sa tare sans qu'on la lui montre à tout propos comme un épouvantail !

Essai de Pathogénie

L'examen, essentiellement clinique, de nos malades a vérifié très fréquemment les constatations du docteur N. Fiessinger, de phénomènes généraux concomitants aux algies. Cette fréquence quasi-régulière, cette coïncidence presque constante, suggèrent l'hypothèse, que nous avançons ici avec conviction, d'une relation de cause à effet entre les deux ordres de faits.

L'algie serait un épisode d'une affection plus générale aiguë, ayant elle-même les caractères ordinaires d'une affection saisonnière à prédominance catarrhale. Il s'agirait, non pas d'un symptôme accessoire de cette maladie, mais d'une véritable complication. La preuve en semble donnée par ce fait que nous n'ayons jamais noté que, chez le même malade, l'algie ait précédé les phénomènes généraux : elle est toujours apparue en coïncidence avec leur déclinaison ou après leur guérison.

Les phénomènes généraux décrits ont tous les caractères d'une infection légère, bénigne, dont la contagiosité semble hors de doute. L'algie serait donc elle-même de nature infectieuse. Dans les cas où le malade n'a pas présenté lui-même de phénomènes généraux, mais lorsque certains des membres de sa famille en ont été atteints, la

notion de contagion entre en jeu pour expliquer l'apparition de l'algie.

Même chez les algiques essentiels, cette éventualité peut avoir eu lieu : le contagé est moins net que celui qui est justifié par le contact prolongé avec des personnes demeurant sous le même toit et respirant continuellement le même air. Il a tout de même pu exister, à l'insu des malades, au cours de leur vie quotidienne au dehors : à l'atelier, à l'usine, dans le métro, dans d'autres lieux publics. Et cela d'autant mieux que la puissance de contagion des phénomènes généraux décrits semble fort grande.

Une analogie frappante existe d'autre part entre les phénomènes généraux décrits et ceux observés au cours de la grippe dans sa forme sporadique. Est-ce à dire qu'il s'agisse d'une seule et même affection ? Les algies que nous envisageons seraient alors elles-mêmes des algies grippales.

Nous avons déjà noté combien leur caractère mal défini les faisait ressembler à une courbature, comme celle que l'on observe dans la grippe, mais une courbature qui se serait localisée à une partie circonscrite du corps, en se concentrant en même temps, en quelque sorte.

Les preuves bactériologiques et les moyens d'expérimentation manquent qui permettraient de serrer de plus près les deux ordres de faits généraux observés.

Cliniquement, ils sont en tous points comparables, quoique ceux que nous considérons soient particulièrement instables, atténués, ne constituant qu'une petite

maladie, ce qui augmente la difficulté de comparaison avec la grippe véritable.

Nous signalons cette possibilité d'algies grippales, mais nous ne la soutenons pas au même titre que l'hypothèse qui est le but de cette thèse et que nous résumons ainsi :

Il existerait un rapport étiologique entre certaines algies aiguës, d'apparence indéterminée, existant avec une fréquence variable en hiver, et les symptômes généraux, fréquemment catarrhaux, apparaissant constamment à la même époque et ayant tous les caractères d'une infection contagieuse aiguë sans gravité.

Les deux ordres de faits seraient somme toute des manifestations variables de cette même infection saisonnière. Celle-ci, par son polymorphisme, pourrait relever d'un virus tel que celui que l'on suppose à la grippe ou à l'herpès.

Nous n'avons aucune preuve de laboratoire sur cette étiologie infectieuse : simplement quelques numérations globulaires, sans montrer une leucocytose vraie, ont révélé le plus souvent un chiffre de globules blancs légèrement supérieur à la moyenne.

Moyens Thérapeutiques

Un aphorisme d'Hippocrate affirme que « Divum est opus sedare dolorem ».

Dans le cas de nos algies, le rôle du médecin ne saurait guère prétendre qu'à soulager la douleur, c'est-à-dire à être symptomatique, puisqu'il ne peut atteindre sa cause possible, et être spécifique.

Le malade, suivant son initiative personnelle, ou obéissant à des conseils plus ou moins médicaux, a souvent essayé déjà de se soigner lorsqu'il consulte : sans doute n'a-t-il point été satisfait et nous enregistrons l'insuccès régulier, ou la sédation insuffisante et passagère, apportés par les frictions réputées calmantes, les ventouses sèches, les pointes de feu, l'aspirine, l'antipyrine, le salicylate de soude, la colchique. L'air chaud, les ventouses scarifiées, les massages donnent souvent un soulagement plus réel, mais guère plus durable.

Nous avons employé en général des injections loco dolenti, hypodermiques ou intra-musculaires de produits variés tels que le lipiodol. Nous avons enregistré quelques résultats rapides et favorables.

Les analgésiques internes trouveraient leur indication, surtout sous forme d'hypnotiques, pour procurer au ma-

lade le sommeil en cas d'algies trop accentuées, épuisantes. Nous n'avons pas eu besoin d'y avoir recours ; encore moins à la morphine.

Dans tous les cas nous avons traité les phénomènes généraux, lorsqu'ils existaient encore au moment de l'examen, par des médications appropriées, parmi lesquelles les toniques, en particulier le quinquina, avaient la plus grande part.

Il est à regretter qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la grippe ou des infections saisonnières. La vérification de leur action sur nos algies et sur les phénomènes généraux qui les accompagnent auraient pu constituer une pierre de touche utile.

Conclusions

Il existe des algies de nature indéterminée dont la marche est aiguë et de courte durée.

Elles apparaissent avec une fréquence plus grande au moment de la saison humide et froide.

Leur bénignité est constante, elles évoluent sans aucune complication.

Leurs caractères descriptifs sont vagues.

Leur prédominance nocturne, leur recrudescence le matin au réveil, leur atténuation dans la journée, constituent des caractères assez constants.

Leur siège est variable suivant les individus, mais il est fixe sur le même individu et elles ne coïncident pas sur lui avec d'autres algies analogues.

Elles semblent surtout consister en myalgies, quelquefois périarticulaires.

Le plus souvent elles apparaissent à la période de déclin de certains phénomènes généraux ou bien elles leur succèdent après quelques jours : ces phénomènes généraux sont analogues aux symptômes généraux catarrhaux et infectieux qui sévissent avec une fréquence variable chaque hiver et ont un tableau clinique comparable à celui de la grippe dans sa forme sporadique.

Vulgairement appelées douleurs, les médecins semblent les avoir confondues surtout avec le rhumatisme musculaire aigu localisé.

Quelquefois avec des névralgies imprécises (souvent dites rhumatismales du reste).

Il convient de distinguer ces algies :

Du rhumatisme mono-articulaire subaigu, des névralgies vraies, des myosites traumatiques et de certaines arthrites à réaction périarticulaire, des algies de la goutte et du rhumatisme musculaire aigu localisé.

Leur nature exacte est difficile à classer : elles sont probablement en rapport avec des infections saisonnières, frustes et bénignes relevant d'un virus comparable à celui de la grippe.

Diverses injections loco-dolenti les améliorent nettement dans quelques cas. Elles résistent au salicylate de soude.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

THOMAS SYDENHAM. — Médecine pratique, traduction par M. A. F. Jault, docteur en médecine et professeur au collège royale, 1784.

CHAUSSEIER. — Tableau synoptique des névralgies, 1822.

VALLEIX. — Traité des névralgies, 1841.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris.

GUÉNEAU DE MUSSY (Noël). — Clinique médicale, Paris, 1874, T. I, du rhumatisme chronique, du rhumatisme et de la goutte. De la diathèse arthritique et de ses manifestations.

VERNEUIL. — Congestions douloureuses, névralgies, in Revue de Chirurgie, n° 11, 1881.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :

1878. L. LEREBoullet. — Névralgies.

1884. H. Rendu. — Goutte.

1884. Brochin. — Grippe.

1884. E. Bénier. — Rhumatisme.

LÉCORCHÉ. — Traité théorique et pratique de la goutte, 1884.

DUPLAY. — De la périarthrite scapulo-humérale. — La Semaine Médicale, n° 25, 1896.

Traité de Médecine ENRIQUEZ, BERGÉ, LAFITTE, LAMY. — 1909.
— Rhumatisme musculaire. — ENRIQUEZ.

Nouveau Traité de Médecine, publié sous la direction des professeurs WIDAL, TEISSIER et ROGER :

Grippe. MÉNÉTRIER et STÉVENIN.

Rhumatisme articulaire aigu. BARBIER.

Troubles et maladies de la nutrition.

Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée,
publiés sous la direction des docteurs E. SERGENT, L. RIBA-
DEAU-DUMAS, L. BABONNEIX.

Grippe. ARMAND-DELILLE.

Rhumatisme articulaire aigu. H. GRENET.

Algies et leur traitement. SICARD.

Goutte. G. MOURIQUAND et BLANC-PERDUCET.

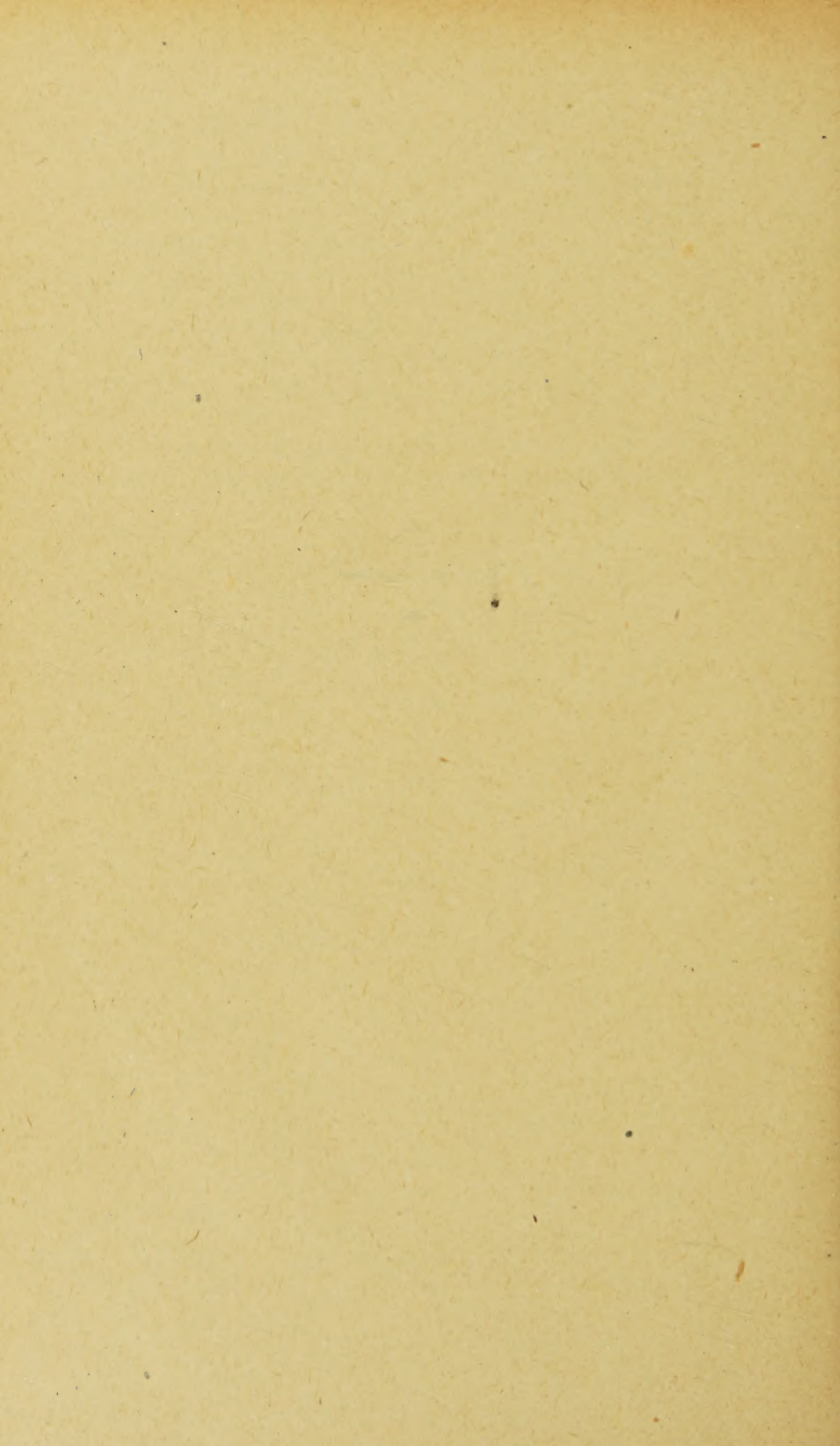
Rhumatisme chronique. G. MOURIQUAND et BLANC-
PERDUCET.

Münchener Medizinische Vochenschrift, n° 2, 1924. Prof.
FÉLIX FRANKE. Ueber Periarthritis Scapulo-humeralis.



IMP. COMMERCE PERRETTE, LIMOGES





40